

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 266

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES
COMPLICATIONS LYMPHATIQUES
DES
CHANCRES SIMPLES EXTRAGÉNITAUX

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 29 juin 1920
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
PAR
JEAN PALAZY
Né le 29 Novembre, 1889, à Arthez (Tarn)



LYON
IMPRIMERIE DE LA SOURCE
21, Rue Vieille-Monnaie

1920

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES
COMPLICATIONS LYMPHATIQUES
DES
CHANCRES SIMPLES EXTRAGÉNITAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 266

CONTRIBUTION

À L'ÉTUDE DES

COMPLICATIONS LYMPHATIQUES

DES

CHANCRES SIMPLES EXTRAGÉNITAUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 juin 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN PALAZY

Né le 29 Novembre 1889, à Arthez (Tarn)



LYON

IMPRIMERIE DE LA SOURCE

21, Rue Vieille-Monnaie

—
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. LÉPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.).

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique.	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique médicale	LEPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie.	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique.	DOYON
Médecine opératoire.	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène.	X...
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND —
Accouchements	COMMANDEUR —
Embryologie	X... —
Anatomie topographique	PATEL —
Botanique	BRETIN —
Chirurgie expérimentale	VILLARD —
Clinique infantile	X... —
Déontologie et médecine professionnelle	X... —

AGRÉGÉS

MM. BARRAL COMMANDEUR NEVEU-LEMAIRE LAROYENNE VORON NOGIER	MM. BRETIN LERICHE THEVENOT (Léon) TAVERNIER CADE GUILLEMARD	MM. GARIN SAVY FROMENT THEVENOT (L) PIERY COTTE	MM. DUROUX BONNAMOUR, chargé des fonctions SARVONAT id. FAVRE id. GRAVIER id. ROUBIER id.
--	--	---	--

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NICOLAS, *Président* ; ROQUE, *Assesseur* ;
MM. FROMENT et FAVRE, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE DEUX PARMİ LES PLUS CHERS

PIERRE LACHARME

Médecin .Aide-Major au 414^e Régiment d'Infanterie

Tué à Craonne, en Juin 1917

LÉONCE AYMES

Interne des Hôpitaux de Marseille

Médecin Auxiliaire au 40^e Régiment d'Infanterie

Tué à La Garde, en Août 1914

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur NICOLAS

Professeur de Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAÎTRES DE MARSEILLE ET DE LYON

A Monsieur le Docteur MASSIA

Chef de Clinique à l'Antiquaille

INTRODUCTION

Un bubon sus-épitrochléen compliquant un chancre mou de l'index gauche avait frappé l'attention dans le service de M. le Professeur Nicolas, tant par sa rareté que par les difficultés de diagnostic qui l'avaient accompagné. C'est ce qui nous a fait conseiller pour sujet de notre thèse les complications lymphatiques du chancre simple extragénital.

Celles-ci, bien connues pour les chancres génitaux, n'ont fait l'objet pour les localisations extragénitales, d'aucun travail d'ensemble. En dehors de quelques mots de commentaire qui accompagnent des observations isolées, quelques phrases seules leur sont

consacrées dans la thèse de Groleau et un article de Tirard sur les chancres mous du membre supérieur ; dans les thèses de Chatin et de Houy, dans les articles du D^r Jeanselme et du D^r Eudlitz, sur les chancres céphaliques.

Dans ce travail, nous avons tout d'abord sommairement exposé ce que sont les complications lymphatiques dans les chancres génitaux. Dans une deuxième partie, nous appuyant sur les observations que nous avons pu recueillir, nous avons étudié la fréquence, l'étiologie et l'évolution de ces complications. Enfin, dans les dernières pages, nous avons essayé de donner quelques précisions sur les questions soulevées par le diagnostic des bubons extra-génitaux.

Malheureusement, beaucoup d'auteurs d'observations ont négligé de mentionner les complications qui nous occupent. La plupart n'ont fait que noter leur existence et leur localisation, sans donner d'indications sur leur évolution, le degré de leur gravité. Aussi n'avons-nous pu donner à nos conclusions toute la netteté que nous aurions souhaité.

CHAPITRE PREMIER

COMPLICATIONS LYMPHATIQUES DES CHANCRES MOUS

Dès les temps les plus reculés, les cliniciens avaient été frappés par les complications lymphatiques consécutives au chancre mou. Sans remonter à Celse ou Strabon, laissant de côté les médecins arabes, on peut noter, dans Ambroise Paré, des descriptions peu équivoques de bubons. Assistant à la floraison syphilitique du XVI^e siècle, il avait fait une distinction très nette entre le bubon phlegmoneux qui accompagne le chancre mou et l'adénite symptomatique de la nouvelle affection. En ce cas, le ganglion ne suppurait pas. « Il s'en retournait en délitescence », disait-il.

Cette conception assez nette ne lui survécut guère. La Renaissance vit s'établir entre le chancre simple,

la vérole et leurs complications une confusion qui devait durer plusieurs siècles.

Il faut arriver vers 1850, aux travaux de Ricord et de Bassereau, pour voir le chancre mou reprendre son individualité, ses complications lui être rattachées.

Depuis la méthode d'inoculation préconisée par Hunter, reprise avec les plus brillants résultats par Ricord, Diday, Rollet, Strauss, celle des confrontations de Bassereau ont assuré le triomphe des dualistes.

Les découvertes bactériologiques, avec les travaux d'Unna et Ducrey, ont permis d'isoler sur des bases solides et parfaitement définies le chancre simple, le bubon et la lymphangite qui souvent l'accompagnent.

On reconnaît au chancre simple deux sortes de complications dans le domaine de la circulation lymphatique :

La lymphite ;

Le bubon.

a) La Lymphite. — C'est la propagation du processus infectieux aux vaisseaux lymphatiques qui relient le chancre au groupe ganglionnaire voisin. C'est une complication rare. Ricord, contre 271 cas de bubons, ne signale que 11 cas de lymphite. Soit un cas de lymphite pour 25 de bubons.

Parmi les causes qui la provoqueraient, on cite la fatigue, les pansements malpropres, etc. Elles ne sont évidemment que secondaires.

Cliniquement, elle se présente sous forme de traînées roses ou rougeâtres, avec des renflements plus ou moins

prononcés. A la palpation, ces traînées sont douloureuses et chaudes. Le plus fréquemment, sous l'action d'un traitement antiphlogistique, cette lymphangite rétrocede et disparaît sans laisser de traces. Parfois, au contraire, elle aboutit à la suppuration. En un point du vaisseau lymphatique, il se fait une ulcération qui prend un aspect chancreux. C'est le bubonule. Ces ulcérations, peuvent être multiples et former tout le long de la verge, comme un chapelet chancreux. Ces ulcérations évoluent comme autant de chancres.

Cette lymphangite est-elle due à une action spécifique du bacille de Ducrey ? Faut-il incriminer ses toxines ? Des infections secondaires sont-elles en cause ? C'est toute la discussion pathogénique de la virulence du bubon qui est ainsi soulevée. Nous l'étudierons plus longuement avec la complication suivante.

b) Le Bubon. — C'est l'inflammation plus ou moins vive, pouvant aller jusqu'à la suppuration, d'un ganglion. C'est un incident assez fréquent dans l'évolution d'un chancre mou. Des statistiques anciennes donnent les chiffres suivants :

Antiquaille : 341 bubons sur 626 cas de chancres simples.

A. Fournier : 65 bubons sur 207 cas de chancres simples.

Des études plus récentes ne modifient pas sensiblement ces proportions. Petersen, Guy, Thenogulow ont des statistiques qui donnent, de 30 à 40 % de bubons. Un travail très complet de Kranoglasoff donne 801 bubons sur 3594 chancres. La diversité de

ces pourcentages s'explique par les milieux très divers des observations. Jullien en rassemblant un très grand nombre de statistiques s'arrête à la proportion fort vraisemblable de 57 %.

Les causes adjuvantes de cette complication sont la fatigue, la marche, les cautérisations et les pansements mal faits ; tout ce qui peut amener une hémorragie, une ulcération plus profonde. Elle est la règle dans les chancres tunellisés du frein ; elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Kranoglasoff l'a vu diminuer de moitié quand le chancre était soigné dès le début.

La pathogénie du bubon a suscité les plus grandes discussions. Les travaux successifs de Ricord et de Strauss n'ont point complètement élucidé le problème.

Aux questions : Y a-t-il des bubons virulents ? Quelle en est la proportion ? Quelle en est la cause ? on a fait les réponses les plus diverses.

Ricord, à la suite de ses inoculations expérimentales, avait cru établir la virulence presque constante du pus du bubon. Il avait noté quelques insuccès si l'inoculation était faite immédiatement après l'ouverture de l'abcès ; mais s'il repiquait son malade quelques jours après avec ce même pus, il obtenait la lésion caractéristique. Il expliquait ceci en disant : « Dans une
« adénite suppurée à la suite d'un chancre simple, il y a
« deux sortes de pus : l'un superficiel, phlegmoneux,
« dû à la périadénite, l'autre profond, développé dans le
« ganglion, par transport du virus du chancre, effectué
« par l'intermédiaire des lymphatiques. La difficulté
« de puiser le pus virulent au moment de l'incision

« était la cause de l'insuccès. Le pus ne se trouvait mis
« en évidence que quelque temps après l'ouverture du
« bubon et c'est alors seulement qu'il possédait sa
« virulence ». On vécut sur ces idées pendant 30 ans.

Les travaux de Strauss, en 1884, aboutirent à des conclusions fort différentes. Il résumait sa communication à la Société de Biologie par ces deux propositions :

« Il n'y a pas deux espèces de bubons accompagnant le chancre mou, il n'y a que le bubon du
« chancre mou ».

« Le bubon du chancre mou n'est jamais originellement virulent. Il ne devient virulent et chancreux
« que par inoculation secondaire après l'ouverture ». L'inoculation du pus de 40 bubons lui donnait 40 échecs.

Il mit par la suite moins d'intransigeance dans ses conclusions et celles-ci furent généralement admises.

La découverte du bacille de Ducrey n'a pas fortement ébranlé les idées de Strauss. On admet généralement à l'heure actuelle que le nombre de bubons virulents est l'infime minorité.

Sur 100 bubons observés par Rille, 8 seulement étaient virulents et contenaient le bacille spécifique dans le pus ou les fragments de ganglions. Si Buschke trouve 25 % de bubons chancreux, Roff n'en accorde que 8 %. Dubreuilh et Lasnet, sur 136 bubons, n'en ont constaté que 3 qui fussent virulents d'emblé, mais 63 le sont devenus par la suite.

Devant l'absence ordinaire du bacille, pour expli-

quer l'inflammation et la suppuration, on a émis des hypothèses fort diverses.

Eliasberg incrimine des toxines.

Aubert, s'appuyant sur la faible résistance du bacille de Ducrey à la chaleur, qui le détruit à 38°-40°, dit « tant que le bubon reste fermé, il n'est pas virulent » parce que la température élevée dont il dispose « détruit l'élément spécifique. Tandis qu'en faisant l'ouverture, ou s'il vient à crever spontanément, les caractères de sa virulence réapparaissent.

Finger nie la spécificité du bacille de Ducrey et incrimine les bacilles ordinaires de la suppuration.

La conclusion de cette discussion pathogénique me semble résumée dans cette phrase de Colombini : « Il n'est pas exact de distinguer des bubons ulcérés et virulents d'une part, et d'autre part des bubons non ulcérés ni virulents. Il vaut mieux distinguer en bubons bacilifères et stériles. On peut toujours isoler le bacille du pus, abstraction faite des phénomènes de chromatolyse dus à l'activité bactéricide du pus ». Cette chromatolyse, de cause indéterminée, se produirait d'ailleurs dans la grande majorité des cas.

Le bubon siège toujours dans le premier groupe ganglionnaire le plus proche du chancre. Un seul ganglion est atteint et toujours un ganglion superficiel. Quelques jours après l'apparition du chancre, parfois quelques semaines, rarement longtemps après sa guérison, la région inguinale devient douloureuse à la pression. La marche est pénible. A la palpation, on sent un gros ganglion dans une zone empâtée. Bientôt

la peau rougit, toute la région s'œdématic. A ce degré, l'adénite peut encore rétrocéder. Sinon la fluctuation ne tarde pas à apparaître, la peau s'abcède et l'issue du pus a lieu spontanément.

L'évolution est fort différente selon que le pus est stérile ou virulent. S'il est stérile, la sécrétion diminue rapidement, les bords de la plaie bougeonnent, la guérison est rapide, parfois en une semaine. S'il y a virulence, la sécrétion est très abondante, les bords sont rougis et décollés, l'amélioration très lente. C'est un nouveau et vaste chancre qui vient de se former, sujet à toutes les complications de l'accident initial : phagedénisme, décollements étendus, hémorragies abondantes.

Une seule complication du chancre mou n'a jamais été observée. Du bubon chancreux comme point de départ, il ne se fait jamais de traînée lymphatique nouvelle. Aucun ganglion d'un groupe voisin n'est atteint. Hunter et, après lui, Ricord, avaient bien souligné qu'« alors même que l'une des glandes « superficielles suppure spécifiquement à la suite d'un « chancre, c'est-à-dire se trouve convertie en un « véritable foyer chancreux, l'absorption qui doit « s'exercer sur le pus de ce bubon n'infecte point les « vaisseaux lymphatiques qui en émergent, non plus « que la glande qui leur fait suite ». Jullien dit de même : « Il est bien vrai que le *corpus contagiosum*, « une fois parvenu dans un ganglion, ne le dépasse « pas ». A. Fournier s'est demandé si le pus, pendant qu'il cheminait à travers les ganglions lymphatiques ne se dépouillait pas de ses propriétés infectieuses.

Telles sont les complications du chancre mou dans le système lymphatique. Voyons ce qu'elles deviennent dans les localisations extragénitales de cette infection.

CHAPITRE II

Les localisations extragénitales sont dans l'histoire du chancre mou chose rare. Debauge, dans une statistique ancienne, faite à l'Antiquaille, de 204 cas de chancrelle, Fournier, dans une plus récente, de 342 cas, n'en donnent aucun d'extragénital. Jullien, faisant la somme de plusieurs statistiques, donne 99 chancres extragénitaux sur 3956 chancres mous : soit 1 sur 40. Druelle, en 1902, n'a pu en réunir que 50 cas et Queyrat n'en avait vu que 5 sur 1500 malades.

C'est dire combien sont rares les lymphites et les

bubons, qui, comme nous le verrons, sont encore rareté dans cette rareté.

Selon leur fréquence, les localisations extragénitales du chancre mou se classent dans l'ordre suivant :

Chancres des doigts et du membre supérieur ;

Chancres céphaliques ;

Chancres du tronc et des membres inférieurs.

C'est dans cet ordre que nous présenterons les observations de complications lymphatiques que nous avons pu recueillir.

Nous ferons un dernier groupe des complications lymphatiques successives à des chancres nés d'inoculations expérimentales. Ces derniers ne diffèrent en rien des précédents. Cependant, le caractère artificiel de la lésion causale, l'éclectisme qui préside au choix du lieu d'inoculation, la faculté qu'à généralement l'opérateur d'arrêter le processus à son gré, en font des cas très spéciaux, qui, croyons-nous, méritent d'être étudiés à part.

CHAPITRE III

COMPLICATIONS LYMPHATIQUES DES CHANCRES MOUS DU MEMBRE SUPÉRIEUR

Les chancres mous du membre supérieur sont, avons-nous dit, les plus fréquents des chancres mous extragénitaux. Les observations en sont cependant assez rares. La thèse de Groleau en 1896 n'en signalait qu'une vingtaine de cas. Nous même, utilisant cette source, la complétant de tous les cas dont nous avons pu trouver quelques mots et poussant nos recherches jusqu'en 1914, sommes arrivés à 38 cas.

Nous reproduisons *in extenso* les observations les plus caractéristiques : celles où la réaction lymph-

tique est allée jusqu'à la suppuration ou a présentée des caractères cliniques particuliers.

Dans beaucoup d'autres cas, la réaction lymphatique a été moins marquée ou nulle. Bien souvent on a négligé de la mentionner. Nous avons réuni dans un tableau d'ensemble tous ces cas, les accompagnant de références bibliographiques et d'indications cliniques utiles pour en tirer quelques conclusions.

Les anciens auteurs ont noté, mais sans y insister, quelques cas de bubons accompagnant des chancres des doigts.

Dans Hunter, nous relevons le fort intéressant passage suivant : « Nous avons vu, lorsque la maladie
« a été contractée par un ulcère ou par une coupure au
« doigt, que le bubon s'est manifesté un peu au-dessus
« du pli du bras, sur le côté interne du muscle biceps ;
« et dans les cas où il s'en est formé dans cette partie,
« il n'en est paru aucun à l'aisselle, qui est l'endroit où
« les glandes sont le plus fréquemment affectées par
« l'absorption. »

« Ceci cependant n'arrive pas toujours, quoique
« cela soit très commun, car un homme qui avait
« contracté la maladie de la manière ci-dessus rap-
« portée, m'a assuré *qu'il eut des bubons, tant au*
« *côté interne du muscle biceps que sous l'aisselle.*
« J'ai depuis ouï parler d'un autre cas de cette espèce,
« et on ne saurait pas aisément rendre compte pour-
« quoi cela n'arrive pas plus souvent ».

Dans une étude de Tirard, en 1872, on lit : « M. Ricord
« nous dit avoir *observé et ouvert un bubon chancreux*
« *sus-épitrochléen* ; mais il n'a point publié le fait »,

« et plus loin, il ajoute : « Les bubons de l'aisselle à la suite de chancres des doigts sont moins rares ; nous pourrions en citer plusieurs cas, entre autres celui d'un interne de l'Antiquaille à Lyon ».

OBSERVATION I

(TIRARD. — *Gazette des Hôpitaux*, 1872).

M. X., 22 ans, entré à la Maison de Santé, le 16 février 1872.

A un centimètre au-dessus de l'épitrochlée, existe une tumeur de la dimension d'un œuf de poule, occupant la face antéro-latérale du coude droit. Le centre est manifestement fluctuant. Les bords en sont durs et œdémateux ; empâtement de deux centimètres environ, sur tout le pourtour. Cette tumeur est apparue vers la fin de janvier, et depuis 5 ou 6 jours elle n'est plus douloureuse.

Le malade dit avoir eu un panaris à l'index de la même main. On constate, en effet, au niveau de la dernière phalange, une cicatrice profonde et irrégulière. *Léger engorgement des ganglions de l'aisselle.* A-t-on affaire à une adénite suppurée consécutive à un panaris ? La cicatrice irrégulière, déprimée, l'aspect du doigt, tout fait croire à l'existence d'un chancre plutôt que d'un panaris.

Aussi, M. Demarquay n'hésite-t-il pas à déclarer que le prétendu panaris est un chancre, et que la tumeur qu'il a sous les yeux est un *bubon chancreux*. *Et en effet, cette tumeur incisée donne issue à un pus sanieux, abondant, roussâtre, non homogène. Les bords ne s'affaissent, restent durs. Tout ces syplômes sont ceux d'un bubon chancreux.* Restait un critérium : l'inoculation qu'on n'a pas osé tenter.

Mais qu'elle était la cause du chancre, si chancre il y a ?

Voici ce que nous dit le malade : Au mois d'octobre dernier, il avait contracté des chancres mous à la verge. Il

les pensait au vin aromatique. Un jour (8 septembre), du sucre enflammé lui fait une petite ulcération à l'index. Il continua à soigner ses chancres comme par le passé, et sans prendre de précautions. La plaie résultant de la brûlure ne se cicatrisa pas. Les douleurs ne furent jamais vives, ce qui n'est pas dans le panaris.

La guérison complète n'eut lieu qu'en janvier. C'est alors qu'apparaît la tuméfaction au pli du coude ; la douleur, la gêne qu'elle procure, engagent le malade à entrer à la maison de santé. Les antécédents donnaient donc une confirmation nouvelle au diagnostic.

La plaie d'incision présente dès le lendemain des bords grisâtres pseudo-membraneux et donne issue à de la sanie sanguinolente plutôt qu'à du pus.

On panse au vin aromatique. De temps à autre, on applique des cataplasme. Les bords de la plaie se dégorgent peu à peu ; les ganglions de l'aisselle qui étaient tuméfiés reviennent à l'état normal.

Le malade sort le 12 mars ; la plaie était à peu près cicatrisée.

OBSERVATION II

(TIRARD. — *Gazette des Hôpitaux*, 1872).

Il y a deux ans, un jeune homme se présente à la consultation de M. Demarquay et le prie de lui accorder ses soins pour une *tumeur douloureuse siégeant à la partie inférieure et interne du bras droit, au-dessus de l'épitrochlée. Cette tumeur, allongée dans l'axe du bras était fluctuante, mesurait environ quatre centimètres. Les téguments étaient rouges et chauds.*

La cause de cette adénite était un chancre de l'index, développé dans les circonstances suivantes : Le malade, quelque temps auparavant, soignait des chancres mous dont il était porteur. Un jour, il se brûle l'index droit avec du

souffre enflammé et continue à se panser sans prendre garde à la petite plaie qui était le résultat de cette brûlure. Cette petite plaie devient une ulcération qui s'étend en largeur et met du temps à se cicatriser.

C'est à la suite de ce chancre du doigt que s'est développée la lumeur sus-épitrachéenne, dont l'ouverture donne lieu à l'écoulement d'un pus sanieux, non homogène.

La guérison fut difficile à obtenir.

Nous devons regretter, avec l'auteur de ces observations, que l'inoculation n'ait point été pratiquée. Par l'incertitude du diagnostic, ces deux observations perdent une grande partie de leur valeur démonstrative, surtout la première, où le diagnostic de chancre mou ne fut que rétrospectif.

OBSERVATION III

(JULLIEN. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1873-1874, 5^e année).

M., vendeur de journaux, âgé de 52 ans, entra le 4 Juillet 1873, à l'hospice de l'Antiquaille, pour une angustie urétrale de date assez ancienne. Il se plaignait en même temps d'une tuméfaction ganglionnaire siégeant dans l'aîne droite et portait sur la main gauche, au niveau de l'éminence thenar, une petite plaie, blessure accidentelle qu'il s'était faite avec un couteau.

Le rétrécissement fut soumis à la dilatation. Quant à l'adénite, une inspection minutieuse des organes génitaux permit d'en découvrir l'origine dans une petite rougeur, avec dépression cicatricielle, située sur le feuillet interne du prépuce. M., du reste, ne fit pas difficulté d'avouer que quelques jours avant ces accidents, cruellement frappé dans ses intérêts et en proie à un violent chagrin, il en avait demandé l'oubli à l'ivresse et au plaisir. Or, c'était trois jours après avoir passé la nuit dans une maison publique,

qu'il avait vu survenir à la place indiquée, une érosion dont la durée n'excéda pas cinq à six jours. C'était là assurément la cause de l'adénite inguinale, qui, du reste, ne tarda pas à disparaître par résolution.

Cependant, *la plaie de la main s'accompagna bientôt d'une adénite axillaire des plus caractérisées*. Elle présentait d'ailleurs des caractères spéciaux : petite, circulaire, les bords en étaient nettement découpés, le fond profondément creusé, sanieux, à sécrétion fort abondante. Par toutes ces particularités, il était aisé de comprendre que nous n'étions pas en présence d'une plaie simple.

Le 17 Juillet, l'adénite axillaire devenue très volumineuse, est incisée et donne issue à une assez grande quantité de pus séreux. On en pratique l'inoculation sur l'une des cuisses de M.. La pustule caractéristique ne se fit pas attendre. Le même résultat fut obtenu par l'inoculation du pus de la plaie du thenar. Il s'agissait bien réellement d'une plaie devenue chancreuse par un mécanisme des plus simples : le transport accidentel de la sécrétion d'un chancre minime, éphémère, disparu en huit jours, ayant à peine laissé trace de son passage.

Peu de temps après, M... demande et obtient son exeat. L'incision axillaire se comble, les tissus commencent à se dégorger à la périphérie. La suppuration diminue de jour en jour. La plaie de la main, encore béante, ne se répare qu'avec une grande lenteur.

OBSERVATION IV

(DANLOS et DEROME. — *Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 7 février 1907).

Un homme de 24 ans qui présentait depuis un mois une couronne de chancres mous typiques du sillon balano-préputial, a vu se développer, depuis dix jours, sur la base

de l'annulaire de la main droite, une ulcération ayant également l'aspect d'un chancre mou. Cette ulcération, large comme une pièce de un franc, *s'est accompagnée presque d'emblée d'un bubon cubital suppuré très volumineux.*

L'examen bactériologique du liquide chancreux et du pus du bubon a été négatif.

L'inoculation à la main s'est produite à la faveur d'érosions professionnelles.

OBSERVATION V

(M. le Professeur NICOLAS. — 1920, *Inédite*).

C. Emile, 32 ans, manoeuvre. Entre le 27 août 1919, pour une ulcération de la verge. Présente depuis deux mois un écoulement blennorrhagique. Depuis un mois, il a contracté une petite ulcération douloureuse au niveau du frein. Enfin le 7 août, il s'aperçut de la présence d'une grosseur assez douloureuse, un bouton tuméfiant la peau du prépuce, à la partie dorsale de la verge et de consistance assez dure, dit le malade.

A l'heure actuelle, on constate la présence d'une ulcération de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, siégeant sur le fourreau de la verge, à sa partie moyenne. Cette ulcération est ovale, à bords assez réguliers, non décollés, dans sa moitié supérieure surtout. La base est d'une dureté cartilagineuse très profonde et est adhérente. C'est donc une ulcération profonde, à allure phagédénique et à fond moyennement purulent. Au niveau du frein, on note la présence d'une petite ulcération de la largeur d'une lentille, à caractère de chancelle, mais de consistance légèrement indurée.

Au niveau de l'aîne gauche, on sent un ou deux très petits ganglions isolés, assez durs.

Le malade enfin prétend que depuis le début de sa blennorrhagie, c'est-à-dire depuis près de deux mois, et un

mois avant le début de ces accidents, il n'a eu aucun rapport sexuel.

Depuis quelques jours, le malade présente à l'extrémité du médius gauche, une ulcération douloureuse qu'il prenait pour une plaie banale, mais qu'il montre un jour à la visite. On constate une ulcération recouverte d'une croûte, mais celle-ci enlevée, il s'agit d'une ulcération à bords un peu irréguliers, mais surtout très entaillés, nettement décollés. Le fond est bourbillonneux, très suppurant et moyennement douloureux à ces manipulations. *Ganglion sus-épitrochléen comme une petite noix, mais peu douloureux ; quelques ganglions axillaires non douloureux, qui pourraient faire penser à des ganglions satellites d'un accident primitif, si ce n'était l'examen du chancre, et la présence des autres chancres génitales non douteuses.*

Le 10 octobre, le malade sort, guéri des chancres du doigt et de la verge. Le bubon ulcéré n'est pas complètement cicatrisé, et les *ganglions sus-épitrochléens et axillaires persistent peu douloureux.*

Le 26 octobre 1919, le malade revient à la visite pour un *volumineux bubon siégeant à la partie supérieure du coude gauche et consécutif à la chancrelle du doigt. Le ganglion sus-épitrochléen a pris les dimensions d'un petit œuf ; il est rouge et assez douloureux. A l'entrée, il n'est cependant pas encore fluctuant.* On reçoit le malade dans le service, où il est mis en observation (pansements humides). Mais au bout de deux jours, *la suppuration est manifeste. Le 30 octobre, le bubon est largement incisé. Il sort du pus en abondance.* Les suites sont normales et la cicatrisation rapide. *Le bubon ne s'est pas chancrellisé.* Les accidents chancrelleux étaient complètement guéris au deuxième séjour du malade. Il s'agit donc d'un bubon tardif.

Le malade sort environ une semaine après l'incision.

Après être venu se faire faire quelques pansements, la lésion est complètement guérie.

Dans les quatre observations suivantes, le chancre mou extragénital se complique de lymphite. Ricord en avait sommairement noté un cas : « A la suite d'un « chancre mou de l'index, on a observé une lymphite « du bras ; cette lymphite a suppuré et le pus était « inoculable ».

Dans chacun des cas qui suivent cette complication se présente selon une modalité clinique différente :

Lymphangite aboutissant à un bubon suppuré ;

Lymphangite aboutissant à une région ganglionnaire enflammée, mais se terminant par la résolution complète ;

Bubonule sur le trajet du lymphatique, mais sans traînée lymphangitique ;

Bubonule sur le trajet du lymphatique, avec traînée lymphangitique.

OBSERVATION VI

(MAURIAC. — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 1891).

M. Mauriac a présenté à ses conférences cliniques, un malade atteint de chancre simple de la verge et ayant en même temps une engelure ulcérée de l'auriculaire. Cette engelure, au lieu de s'améliorer en même temps que la température se modifiait, s'aggrava au contraire et devint considérable. Peu après se produit une angioleucite et un abcès de l'aisselle, et cet abcès une fois ouvert, au lieu de guérir, prit l'aspect chancrelleux. Le pus de cet abcès fut inoculé au malade et cette inoculation montra bien qu'il s'agissait d'un chancre. Ainsi, la filiation des accidents chez ce malade a été la suivante : chancre de la verge, puis par

inoculation chancre du petit doigt, enfin chancre de l'aisselle.

L'état général est resté bon.

OBSERVATION VII

(SEILLAG. — *In archiv für Derm. und Syph.* 1899).

H. L., garçon de magasin, célibataire, se présente le 22 décembre 1918 à l'hôpital, avec des chancres génitaux datant de trois ou quatre semaines, et qui avaient été traités jusque là avec une solution de sulfate de cuivre. Il y a environ trois semaines, il se frappa avec un morceau de fer l'index droit, qui enfla. Depuis, la plaie faite suppura continuellement.

Etat présent.— Phimosi. Au bord du prépuce se trouvent, tout autour, de petits chancres à base molle, douloureux, minés, à recouvrement jaunâtre, et dont les dimensions varient entre celles d'un grain de mil et celles de petits pois. Dans la région inguinale gauche existe une éminence douloureuse, grande comme un œuf de pigeon et recouverte de peau rouge foncée.

Sur la première phalange de l'index droit existe une pustule de la grosseur d'un haricot et remplie de pus jaunâtre. Après enlèvement de cette pustule et du pus, on remarque un ulcère tout aussi grand, assez superficiel, à base véreuse, entouré d'un halo rouge foncé, à recouvrement jaunâtre. *A l'avant-bras droit, le long des voies lymphatiques, court un cordon rougeâtre, qui se termine à la hauteur de la région cubitale par un agrandissement de volume plat, s'élevant un peu au-dessus de la peau, irrégulièrement délimité, non fluctuant, infiltré, douloureux, rouge foncé, de dimension dépassant un peu celle d'une pièce de cinq francs.* Dans un détrit pris à la surface du doigt, on observa des streptobacilles de Ducrey en assez petit nombre.

Traitement.— Nettoyage du chancre du doigt, pansement à l'iodoforme tous les deux jours. Après deux changements

de pansement, le chancre était complètement recouvert de peau. La lymphangite et la lymphadénite reçurent un traitement antiphlogistique. Le bras fut mis au repos complet, après quoi la lymphangite céda en peu de temps. La lymphadénite existait encore le 12 janvier, sous la forme d'un nodule de la grosseur d'une noisette, un peu mou, pas douloureux, avec desquamation de la peau avoisinante.

OBSERVATION VIII

(GRIFFON et DEHERAIN. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1905).

Le malade que nous présentons est porteur d'un chancre mou extragénital qui est apparu dans les circonstances suivantes :

Il y a un mois environ se sont développés au niveau du prépuce des chancres mous. Huit jours après, le malade se coupe le doigt en brisant un verre et inocule inconsciemment sa plaie de virus chancrelleux. Un chancre mou prend naissance à la face dorsale de l'extrémité de l'index gauche.

Une adénopathie épitrochléenne très marquée ne tarde pas à se manifester. Le ganglion très gros, légèrement douloureux ne suppure pas, et aujourd'hui, il a déjà beaucoup diminué de volume.

Mais la particularité intéressante de cette observation est le développement à mi-chemin du chancre et du ganglion, sur le bord radial de l'avant-bras et empiétant sur la face dorsale, d'un abcès chaud qui a suivi de quatre à cinq jours l'apparition du chancre, au niveau de l'index.

Cet abcès s'est ouvert spontanément, au bout de quelques jours, à la manière d'un bubon chancrelleux.

L'examen microscopique n'y décèle ni bacilles de Ducrey, ni les autres microbes de la suppuration. Les cultures même sur sang gelosé, demeurent stériles, sans doute, à cause de l'époque tardive à laquelle ont été pratiqués les ensemencements.

Comme il n'existe pas de ganglion lymphatique dans cette région du membre supérieur, il faut rejeter l'hypothèse d'un bubon suppuré. Il ne peut s'agir que d'un abcès lymphangitique à distance, de nature chancrilleuse, bien que l'on n'ait pu voir sur l'avant-bras, au dire du malade, de trainées lymphangitiques. Tout ce qu'accuse notre homme, c'est d'avoir ressenti, au moment où l'abcès s'est déclaré, des douleurs le long de l'avant-bras, comme s'il avait reçu un coup.

OBSERVATION VIII *bis*

(TRUFFI. — *Giornale italiano delle Malattie Veneree e della Pelle*, 1914).

Marin anglais, 30 ans, entré le 18 juillet 1913 ; porteur depuis un mois environ, de chancres mous du sillon balano-préputial. Vingt jours avant son entrée à l'hôpital, blessure de l'index de la main droite.

A l'examen, chancres mous du sillon balano-préputial. A la région dorsale de l'index droit, à l'articulation de la première et de la deuxième phalange, ulcération ovaloïde, creusée dans toute l'épaisseur de la peau.

Sur le dos de la main, correspondant au deuxième métacarpien, deux tuméfactions arrondies, fluctuantes au centre, grosses comme une petite noix et réunies entre elles par un cordon dur qui représente évidemment un vaisseau lymphatique enflammé. A l'avant-bras, pas de lymphangite. A l'épitrachée et à l'aisselle, on note des ganglions gros comme un haricot, légèrement douloureux à la pression. Malgré le traitement, les deux tuméfactions se transforment en peu de jours en deux ulcérations, qui reproduisent les caractères de l'ulcération du doigt.

Energiquement cautérisés au chlorure de zinc, les chancres du doigt et de la main sont en bonne voie de guérison, quand le malade sort de l'hôpital le 8 août. Dans

le pus des ulcérations du doigt et de la main, on met en évidence le bacille de Ducrey.

IX	RICORD	<i>Traité pratique des maladies vénériennes (1838).</i>	Chancre de la verge, chancre de l'index droit. <i>Engorgement épitrochléen et axillaire.</i>	Inoculation positive avec le pus de la plaie de doigt
X	LE PILEUR	<i>Journal de Médecine de Paris (1888).</i>	Chancre du médius. <i>Engorgement épitrochléen</i>	
XI	NOVÉ JOSSEMAND	<i>Province Médicale (1891).</i>	Deux chancres du sillon balano-préputial, un chancre avec lymphangite de la racine de la verge, chancre de la face interne de l'index gauche, <i>pas de réaction ganglionnaire notée.</i>	Trois inoculations positives
XII	id.	id.	Chancre du col utérin, deux chancres des petites lèvres, chancre de l'index droit, <i>ganglion épitrochléen volumineux, mais peu douloureux.</i>	Deux inoculations positives dont une avec pus du doigt
XIII	id.	id.	Chancre mou du méat urinaire, bubon suppuré à l'aîne droite, chancre de l'index droit. <i>Tuméfaction des ganglions épitrochléens et axillaires sans tendance à la suppuration.</i>	Inoculation positive avec pus du doigt
XIV	id.	id.	Ulcérations fissuraires au pourtour du méat urinaire, chancre à la racine de l'annulaire, <i>pas de réaction ganglionnaire.</i>	id.

XV	GASTOU	<i>Annales de Derm. et de Syph. (1894)</i>	Chancres mous génitaux cicatrisés, chancre mou de la face palmaire de l'index droit. <i>Induration et gonflement très peu marqué des ganglions épitrochléens et axillaires.</i>	Deux inoculations positives avec pus du doigt
XVI	id.	<i>Th. Groleau (obs. XVIII)</i>	Chancres mous multiples de la face, des doigts, de la verge, <i>pas de réaction ganglionnaire pour les chancres de la face et des doigts.</i>	Trois inoculations positives
XVII	CHEINISSE	<i>Journal des Maladies cutanées et syphilitiques (1894).</i>	Chancre de la verge, chancre de l'annulaire gauche, chancre du médius droit. A gauche : <i>Adénopathie épitrochléenne du volume d'une grosse noix et excessivement douloureuse, l'empâtement périadénique est très prononcé, on n'arrive pas à sentir le ganglion, pas de ganglion axillaire. L'empâtement et la douleur ne disparaissent qu'au huitième jour.</i> A droite <i>Un peu d'empâtement au niveau du ganglion épitrochléen, mais il faut noter qu'il y a cinq ou six jours il y avait de la tuméfaction et que le malade y sentait une douleur aigüe, lancinante.</i>	Inoculation et examen bactériologique positif pour la lésion gauche, inoculation et examen bactériologique négatif pour la lésion droite

XVIII	MAURIAC	<i>Th. Groleau</i> (obs. XVI).	Chancre de la verge, chancre de l'index, <i>ganglion gros et douloureux dans l'aisselle correspondante.</i>	
XIX	id.	<i>id.</i> (obs. XVII).	Chancres mous de la verge, chancre mou du pouce gauche, <i>pas de réaction ganglionnaire.</i>	Inoculation, avec pus du pouce, positive
XX	E. FOURNIER	<i>Thèse Chatin</i> (obs. XXVIII)	Chancre mou de la verge, chancre mou du bras au tiers supérieur, <i>pas de réaction ganglionnaire notée.</i>	Inoculation positive
XXI	JOSEPH	<i>Annales de Derm. et de Syph. (1896)</i>	Chancre mou de la main, <i>Tuméfaction des glandes axillaires.</i>	
XXII	SIBUT	<i>id. (1898).</i>	Chancres génitaux multiples, chancre mou de la face dorsale de l'index gauche, chancre mou du médius droit. <i>Enorme ganglion mobile et douloureux dans l'aisselle droite.</i>	Dans chancre du médius droit on trouve bacille de Ducrey
XXIII	JULLIEN	<i>Annales de Derm. et de Syph. (1898)</i>	Chancre mou du pouce droit, <i>pas de réaction lymphatique.</i>	
XXIV	BALZER et ALQUIER	<i>id. (1900).</i>	Six chancres mous du prépuce, chancre mou du médius droit, <i>pas de réaction ganglionnaire notée.</i>	Examen bactériologique positif

XXV	CZILLAG	<i>Annales de Derm. et de Syph. (1900)</i>	Chancres multiples du pénis et du scrotum, chancre de l'annulaire gauche, <i>ganglions cubitiaux et axillaires gros comme haricot.</i>	
XXVI	id.	<i>id. (1900).</i>	Chancre mou du pénis, chancre mou entre le pouce et l'index, <i>pas de réaction ganglionnaire notée.</i>	Examen bactériologique positif
XXVII	id.	<i>id.</i>	Chancres du prépuce, chancre du médius droit. <i>Engorgement ganglionnaire dans région cubitale et axillaire.</i>	id
XXVIII	QUEYRAT	<i>id. (1902).</i>	Chancres préputiaux et chancre de l'index gauche, <i>ganglions axillaires et épitrochléens très volumineux et douloureux.</i>	Inoculation et examen bactériologique du pus du doigt positif
XXIX	id.	<i>id.</i>	Chancres du frein, du gland, du prépuce, chancre de l'index droit, <i>ganglion épitrochléen très augmenté de volume, peau légèrement rouge, pression douloureuse.</i>	id.
XXX	id.	<i>id.</i>	Chancres du méat, chancre de l'index gauche, <i>ganglion épitrochléen appréciable.</i>	id.

XXXI	QUEYRAT	<i>Annales de Derm. et de Syph. (1902)</i>	Sept chancres du frein, du gland, du prépuce, chancre du pouce droit, <i>pas de réaction ganglionnaire notée.</i>	Examen bactériologique positif
XXXII	id.	id.	Chancres du prépuce et du frein, chancre du médius droit, <i>ganglion épitrochléen tuméfié et un peu douloureux.</i>	
XXXIII	DANLOS et LEVY-FRENKEL	<i>Bulletin de la Société de Dermatologie (1908).</i>	Chancres mous préputiaux, chancre mou de l'index droit, <i>pas de réaction ganglionnaire notée.</i>	Inoculation et examen bactériologiques positifs
XXXIV	QUEYRAT et BRICOUT	<i>Annales de Derm. et de Syph. (1908)</i>	Chancre du prépuce, chancre de l'index gauche, <i>pas de réaction ganglionnaire notée.</i>	Inoculation positive, recherche de bacilles de Ducrey négative
XXXV	GAUCHER, DRUELLE et JACOB	<i>Bulletin de la Société de Dermatologie (1910).</i>	Chancres mous génitaux, chancres mous du poignet, <i>pas de réaction ganglionnaire notée.</i>	
XXXVI	VEDEL et BAUMEL	<i>Montpellier Médical (1912).</i>	Deux chancres du prépuce, chancre du médius gauche, <i>pas de réaction ganglionnaire.</i>	Recherche de bacilles de Ducrey positive
XXXVI ^a	MÉRIAN	<i>Monatschrift für dermatologie (1911).</i>	Chancre mou de l'avant-bras, <i>adénite axillaire avec tendance à la suppuration.</i>	
XXXVI ^b	QUEYRAT	<i>Société Médicale des Hopitaux (1911).</i>	Chancre mou de l'index, <i>pas de réaction ganglionnaire notée.</i>	

XXXVI ^c	SPRECHER	<i>Giornale italiano delle Malattie Veneree. 1916</i>	Chancres mous du sillon balano-préputial, chancre mou de l'avant-bras droit, <i>pas de réaction ganglionnaire.</i>
XXXVI ^d	id.	id.	Chancres simples siégeant sur nodules hémorroïdaires, chancre du médius de la main droite, <i>pas de réaction ganglionnaire.</i>

Si nous rassemblons en un tableau général les indications de ces diverses observations, nous avons pour quarante-et-un chancres mous du membre supérieur :

Bubons suppurés ou lymphites, 9 cas ;

Réaction ganglionnaire vive (tuméfaction-douleur), 8 cas ;

Réaction ganglionnaire légère (pas de douleur, hypertrophie légère), 7 cas ;

Réaction ganglionnaire nulle ou non notée, 17 cas.

Soit au total : complications lymphatiques dans 24 cas sur 38 ; d'où une proportion de plus de 60 %. C'est sensiblement le pourcentage de Jullien pour les chancres génitaux (57 %). Les adénites chroniques étant rares aux régions axillaires et sus-épitrochléennes, aucune confusion notable n'a pu se produire. D'ailleurs Groleau arrive à des résultats analogues puisque pour 16 chancres typiques, il a 10 adénites dont 3 suppurées. La proportion de bubons suppurés est elle-même très élevée (24 %). L'inoculation du pus du bubon a été pratiquée deux fois. Elle a donné deux résultats positifs.

Dans 11 cas c'est le ganglion épitrochléen qui est pris. Le

ganglion axillaire, l'est 6 fois. Enfin 6 cas s'accompagnent d'une réaction simultanée des 2 groupes ganglionnaires. Ce fait pourrait paraître en contradiction avec la constatation signalée plus haut, que l'adénite ne dépasse jamais le premier groupe ganglionnaire. Mais le groupe épitrochléen ne constitue pas une barrière pour tous les lymphatiques de l'avant-bras. Tous, soit directement, soit par des anastomoses peuvent influencer les deux groupes ganglionnaires. D'ailleurs, la dimension du chancre peut être assez considérable pour toucher des lymphatiques allant à chacun des groupes.

Si nous poursuivons l'étude de notre statistique, nous voyons que les chancres du bras et du pouce, n'ont jamais donné de réaction. Ceux de la main en ont donné deux, celui de l'auriculaire et de l'avant-bras une, toujours aux ganglions axillaires. On a treize cas de bubons pour l'index, quatre pour le médus, trois pour l'annulaire. Pour ces trois doigts, les ganglions atteints ont été indifféremment axillaires ou cubitaux, parfois les deux.

Ces relations entre l'infection de certains doigts et la réaction de certaines glandes déterminées a paru peu conforme aux données anatomiques. Normalement, les lymphatiques du pouce, de l'index, du médus semblent se diriger surtout vers l'aisselle, ceux de l'annulaire et de l'auriculaire vers l'épitrochlée. Les résultats ci-dessus montrent que cliniquement les anastomoses rendent possibles les anomalies les plus diverses. Comme le dit Groleau : on ne peut prévoir quel sera le ganglion atteint d'après le doigt affecté de chancre.

L'évolution des bubons consécutif à des chancres mous du membre supérieur n'offre rien de particulier. Nous pouvons cependant noter que dans deux cas, le bubon n'est survenu qu'après la guérison du chancre. Ceci n'a rien

d'exceptionnel. Dans les chancres mous génitaux, Horteloup en a vu survenir un an après.

Dans deux cas, le bubon n'a pas été virulent et sa guérison a été très prompte. Six fois le bubon était virulent d'emblé ou s'est chancrellisé par la suite. Cette proportion semble (autant qu'on puisse le conclure d'un aussi petit nombre de cas) plus forte que dans les chancres mous génitaux. En ce cas, la cicatrisation a été plus longue à obtenir, mais n'a eu aucun caractère anormal.

CHAPITRE IV

COMPLICATIONS LYMPHATIQUES DES CHANCRES MOUS CÉPHALIQUES

Les chancres mous céphaliques ont été niés jusqu'au milieu du XIX^e siècle. Ricord en réunit une dizaine de cas. Mais à les examiner de plus près, un seul put résister à sa critique et ne put suffire à entraîner sa conviction. Il fallut les travaux de Bassereau, rapportés dans la thèse de Buzenet, ceux de Nadaud des Islets, en 1858, pour établir par l'inoculation la réalité du chancre céphalique. Encore ces recherches montrèrent-elles que l'infection ne trouve à la tête qu'un milieu peu favorable à son développement. Comme le dit Fournier : « Le chancre simple germe mal sur les « régions de la face et du crâne. Sans doute, il prend « encore sur ces dernières régions, mais il ne s'y « développe qu'incomplètement. Il reste petit, limité, « chétif, malingre, si j'ose ainsi parler, et, de plus, il « s'y éteint rapidement. Il semblerait véritablement

« qu'il rencontrât là un mauvais terrain sur lequel il
« ne serait pas apte à acquérir les proportions qu'il
« revêt ailleurs ». Aussi, bien qu'indiscutés dans leur
existence, les chancres mous authentiques de la tête
sont-ils rares. Jullien en réunit 39 cas. Jeanselme fit,
en 1893, une revue générale de la question. Soumettant
tous les cas signalés à une critique sévère, il ne publia
que 10 cas. Quelques années plus tard, Eudlitz en
publia une soixantaine de cas. Mais, comme Jullien,
il faisait une part très large aux chancres consécutifs à
une inoculation expérimentale.

Utilisant ces recherches et les poussant jusqu'en
1914, nous avons pu réunir une quarantaine de cas,
exclusion faite de ceux relevant d'une inoculation
expérimentale. Un assez grand nombre, d'ailleurs, ne
reposent pas sur un diagnostic inattaquable.

Les complications lymphatiques des chancres mous
céphaliques sont rares. Dans un seul cas, observation
de MM. Emery et Sabouraud, on a noté un bubon
suppuré. Des réactions ganglionnaires bénignes se
rencontrent quelquefois.

Thibierge, Ravaud et Lesourd ont réussi à inoculer
avec succès, à la paupière supérieure du singe, du pus
chancrelleux. 20 inoculations positives n'ont jamais
permis de constater d'adénopathie. Cependant, on doit
noter que dans des expériences analogues de Gravagna
(1907), on a eu un gros abcès sous-maxillaire.

Comme dans le chapitre précédent, nous publions
in-extenso la seule observation de chancre céphalique
qui se soit accompagnée de bubon suppuré. Nous
résumons, dans un tableau, tous les cas de chancres

céphaliques en notant les réactions lymphatiques constatées.

OBSERVATION XXXVII

EMERY et SABOURAUD. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1896.

M. A..., âgé de 25 ans, découpeur sur métaux.

Ce malade présente comme antécédents une blennorrhagie contractée en 1891. En 1893, il prit la syphilis. Quelques ganglions sont les seuls signes subsistant de sa maladie.

Depuis six ans, environ, chez ce malade, chaque année à la même époque, survient à la langue une explosion de petites ulcérations grisâtres très douloureuses. Elles guérissent sans traitement.

Aucun phénomène de tuberculose pulmonaire ou laryngée.

4 janvier. — Le malade a des rapports avec une femme de rencontre. Une semaine après, il constate la présence d'une petite ulcération sur le bord libre du prépuce, le lendemain, deux autres lésions semblables, côte à côte, près de la première, et une troisième située sur le raphé postérieur du fourreau, à 4 centimètres de la naissance du scrotum. Ces ulcérations s'accompagnent d'une adénopathie inguinale double très douloureuse.

Au même moment, le malade remarque sur la face dorsale de la pointe de la langue, une petite fissure large de un millimètre environ, dirigée dans le sens antéro-postérieur. Cette fissure est rouge, non saignante et nullement douloureuse.

14 janvier. — Le malade vient consulter M. le Professeur Fournier pour ses ulcérations de la verge et de la bouche.

A son entrée, on constate sur la verge, la présence de quatre ulcérations présentant les caractères typiques du chancre mou. Deux bubons en voie de ramollissement, très douloureux à la pression, se trouvent dans chacune des

aînes. A la langue, on constate une ulcération siégeant sur la face dorsale de la pointe, à droite du sillon médian. Cette ulcération, de forme irrégulièrement arrondie, a environ 6 à 7 millimètres de diamètre. Les contours, très nets, tranchent sur le fond rosé de la muqueuse voisine, absolument saine. Ils présentent quelques sinuosités et à la partie postérieure un petit prolongement dans les tissus sains, qui donne à cette lésion la configuration d'une ulcération en raquette.

Les bords sont d'un rouge vif, légèrement surélevés, sans induration appréciable. Ils sont taillés en biseau et décollés du fond de la plaie. Celui-ci est recouvert d'un enduit pultacé blanc grisâtre d'apparence diphtéroïde. Cette concrétion, peu adhérente, s'enlève facilement par un léger grattage, et la lésion paraît alors même et de coloration gris rosé, sans saignotement.

Cette ulcération ne provoque aucune douleur spontanée. Seule l'irritation provoquée par les aliments incommode le malade. Celui-ci ne présente rien d'autre sur la langue, si ce n'est une petite plaque lisse décapillée, de la dimension d'une petite lentille, située dans le voisinage de l'ulcération et sans caractères propres d'ailleurs.

On ne trouve aucune lésion dans le reste de la cavité buccale ou sur les parois du pharynx. Les dents sont en mauvais état ; beaucoup ne sont plus que des chicots, mais on ne constate aucune lésion de la muqueuse à leur point de contact ; elles ne provoquent aucune souffrance.

Les ganglions sous-maxillaires sont douloureux. Ils ont, à ce moment, la grosseur d'une noisette environ.

L'évolution ganglionnaire est rapide à la région inguinale et surtout à la région sous-maxillaire.

Deux jours après l'entrée du malade à l'hôpital, l'adénopathie sous-maxillaire ne forme plus qu'une seule masse

qui tend à se ramollir à son centre. Deux jours après, elle est devenue une grosseur fluctuante, de couleur violacée et du volume d'une mandarine.

La palpation réveille de vives douleurs ; quoique avec de moindres proportions, le bubon inguinal gauche suit la même évolution. Dans l'aîne droite, les tumeurs ganglionnaires se resorbent.

15 Janvier. — Dès le lendemain de l'entrée du malade, on pratique une inoculation dans la région deltoïdienne du bras gauche, avec de la substance grattée sur les bords de l'ulcération linguale. Vingt-quatre heures après cette inoculation, on constate sur le bras la présence d'une petite ulcération creuse putriforme. M. le Professeur Fournier reconnaît à cette lésion les caractères de l'inoculation du chancre mou.

La cicatrisation de ce chancre inoculé est rapide ; après une période d'accroissement en profondeur et en surface de deux jours, la plaie se dessèche et se répare. En huit jours son évolution est terminée.

Une deuxième inoculation est pratiquée le samedi suivant dans les mêmes conditions au bras droit. Les caractères de cette seconde inoculation sont identiques à ceux de la première. Elle se montre cependant moins extensive ; en cinq jours sa cicatrisation est complète.

La recherche du bacille de Ducrey dans les concrétions et dans les parois de la plaie linguale, faite par M. le Docteur Sabouraud, lui donne dès ce moment des résultats positifs.

24 Janvier. — *On ponctionne les bubons sous-maxillaires et génitaux. L'analyse à laquelle M. le Docteur Sabouraud soumet consécutivement et comparativement le pus des deux abcès, fournit de nouvelles preuves en faveur du diagnostic de chancre mou de la verge et de la langue.*

Le pansement employé a été le pansement à l'iodoforme des chancres de la verge et les lavages antiseptiques de la bouche.

XXXVIII	BOYS de LOURY et COSTILLE	<i>In Eudlitz, Archives générales de Médecine, 1892.</i>	Chancres génitaux, chancre de la conjonctive, <i>pas de réaction lymphatique notée.</i>
XXXIX	id.	<i>id.</i>	Chancre génital, chancre du conduit auditif interne, <i>pas de réaction lymphatique notée.</i>
XL	RICORD	<i>Paris, 1851</i>	Chancre de la gencive supérieure, <i>pas de réaction lymphatique notée.</i>
XLI	DIDAY	<i>Union Médicale, 1858.</i>	Chancre de la lèvre inférieure, <i>pas de réaction lymphatique.</i>
XLII	THIRY	<i>Presse Médicale Belge, 1862.</i>	Chancre du gland, chancre de la conjonctive de l'œil gauche, <i>pas de réaction lymphatique notée.</i>
XLIII	id.	<i>id.</i>	Chancre de la lèvre inférieure, <i>adénopathie sous-maxillaire gauche.</i>
XLIV	SOREZINA	<i>Thèse Houy 1910.</i>	Chancres mous vulvaires, chancre mou de la lèvre inférieure, <i>pas de réaction lymphatique.</i>
XLV	Anonyme	<i>Gazette des Hôpitaux, 1866.</i>	Chancre mou de la conjonctive, <i>pas de réaction ganglionnaire.</i>

XLVI	MILLET	<i>Thèse Paris, 1865.</i>	Chancres de la lèvre inférieure et du sillon gingivo-labial, <i>ganglion sus-hyoïdien median douloureux, gros comme un œuf de pigeon.</i>	Inoculation positive
XLVII	DEVERGIE	<i>Article "Bouche" dans Dictionnaire de Déchambre.</i>	Chancre de la bouche, <i>adénite sous-maxillaire.</i>	
XLVIII	PUCHE	<i>id.</i>	Chancre de la lèvre inférieure, de l'abdomen et du doigt, <i>adénite légère sous-hyoïdienne.</i>	Inoculation positive
XLIX	DIDAY	<i>Annales de Dermatologie 1872.</i>	Deux chancres mous de la grande lèvre droite, chancre mou de la bouche, <i>pas de réaction lymphatique.</i>	Inoculation négative
L	DESPREZ	<i>In "Thèse Labarthe" 1872, Paris</i>	Chancres mous de la joue à la suite d'égratignures, <i>pas de réaction lymphatique notée.</i>	
LI	LABARTHE	<i>Thèse de Paris, 1872.</i>	Trois chancres du gland, bubon inguinal suppuré, chancre de la lèvre inférieure, <i>pas de réaction lymphatique notée.</i>	Inoculation positive
LII	TAYLOR	<i>Article de Jeanselme dans "Gazette hebdomadaire de Méd. et de Chir." 1893.</i>	Trois chancres du prépuce, chancre du sourcil gauche, <i>pas de réaction lymphatique notée.</i>	Inoculation positive

LIII	PROFETA	<i>Annales de Dermatologie 1873-1874.</i>	Chancre de l'index, chancre mou phagédénique de la face, aucune réaction ganglionnaire.	Inoculation positive
LIV	id.	id.	Chancre de l'index gauche, chancre des deux lèvres, pas de réaction lymphatique.	
LV	id.	id.	Chancre mou de la verge et du scrotum, chancre du nez, pas de réaction lymphatique notée.	
LVI	VENOT	<i>Bordeaux Médical, 1875.</i>	Chancre de la lèvre, pas de réaction ganglionnaire notée.	
LVII	id.	id.	Chancre du rebord labial, adénite sous-maxillaire douloureuse.	
LVIII	id.	id.	Chancre de la commissure labiale gauche, ganglions parotidiens développés.	Inoculation positive
LIX	HORTELOUP	<i>Annales de Dermatologie 1880.</i>	Chancre sous-préputial avec adénite, chancre accidentel du front, pas de réaction ganglionnaire notée.	
LX	TOMACHEVSKY	<i>In "Thèse Houy", Paris 1910.</i>	Trois chancres du prépuce, chancre du larynx, pas de réaction ganglionnaire notée.	
LXI	PELLIZARI	<i>In "Article de Jeanselme"</i>	Chancre de la face chez un infirmier, pas de réaction ganglionnaire notée.	

LXII	GURANOWSKY	<i>In " Article de Eudlitz "</i>	Chancre phagédénique de la vulve, deux chancres du nez, chancre du conduit auditif, <i>région masloïdienne douloureuse sans modification au toucher.</i>	Inoculation avec pus de l'oreille négative
LXIII	JEANSELME	<i>In loc. cit</i>	Trois chancres du prépuce, chancre du menton, <i>hypertrophie du ganglion sous-maxillaire gros comme une noisette, cette hypertrophie persistait au 75^e jour du chancre.</i>	Inoculation positive
LXIV	DUCOQUET	<i>Annales de la Polyclinique de Bordeaux, 1893.</i>	Chancres mous de la verge, du scrotum, de l'anus, un chancre du front, huit chancres du cuir chevelu, <i>pas de réaction lymphatique.</i>	Inoculation négative
LXV	VIGNES	<i>Annales de Dermatologie 1900.</i>	Chancre mou de la conjonctive bulbaire, <i>adénite douloureuse des ganglions préauriculaires et même des ganglions cervicaux.</i>	Inoculation et recherche du bacille négatives
LXVI	DARIER et ROUSSY	<i>Annales de Dermatologie 1904.</i>	Chancre de la lèvre inférieure, <i>petit ganglion sus-hyoïdien indolore.</i>	Inoculation positive

LXVII	BALZER et DAINVILLE	<i>Annales de Dermatologie 1905.</i>	Deux chancres mous de chaque côté du sillon interfessier, chancre de la fourchette et de la petite lèvre gauche, chancre de la lèvre inférieure, <i>petit gan- gion sous-maxillaire à gauche, peu doulou- reux.</i>	Recherche du bacille positive
LXVIII	GÉRAUDEL et MÉNARD	<i>Bulletin de la Société Mé- dicale des Hôpitaux de Paris, 1909</i>	Chancre unipolaire de la lèvre supérieure, <i>pas de réaction ganglion- naire notée.</i>	Inoculation et recherche du bacille positives
LXIX	GAUCHER et DRUELLE	<i>Bulletin de la Société de Dermatolo- gie, 1909.</i>	Chancres de la verge, chancre de la langue et de l'amygdale, <i>petit ganglion de la région cervicale droite, un peu douloureux, a disparu un mois après.</i>	Recherche du bacille positive
LXX	QUEYRAT et PINARD	<i>Bulletin de la Société Mé- dicale des Hôpitaux de Paris, 1909</i>	Chancre mou de la lèvre inférieure, <i>pas de réac- tion ganglionnaire.</i>	Inoculation et recherche du bacille positives
LXXI	GROUVEN	<i>In " Thèse Houy ", Paris 1910.</i>	Chancres mous de la bou- che et du palais, <i>adé- nite sous-maxillaire bi- latérale.</i>	Recherche du bacille positive
LXXII	id.	id.	Chancre mou de la lèvre inférieure, <i>pas de réac- tion ganglionnaire no- tée.</i>	id.

LXXIII	FLOREA SIMIONESCU	<i>In "Thèse Houy", Paris 1910</i>	Chancre du pharynx, <i>pas de réaction ganglion- naire notée.</i>	Recherche du bacille positive
LXXIII ^a	DIANA	<i>Giornale italiano delle malattie veneree, 1904</i>	Chancre mou du prépuce, chancres mous de la région zygomatique droite, de l'aile du nez, de la commissure labia- le, <i>pas de réaction gan- glionnaire notée.</i>	
LXXIII ^b	id.	<i>id.</i>	Chancres du frein, chan- cre de la région zygo- matique droite, <i>pas de réaction ganglionnaire notée.</i>	

Si nous rassemblons en un tableau les cas de complications lymphatiques consécutives aux chancres mous céphaliques, nous avons sur 39 cas :

Lymphite	0
Bubon suppuré.....	1
Ganglions hypertrophiés et douloureux..	4
Adénites légères.....	8
Réaction nulle ou non notée.....	26

Soit une réaction lymphatique dans 38 % des cas. Encore un certain nombre d'adénites légères ne doivent-elles être que des adénites chroniques bacillaires ou autres, si fréquentes dans la région sous-maxillaire et découvertes à l'occasion du chancre.

Eudlitz, dans une statistique moins étendue, conclut : « Sur 11 cas ce chancres céphaliques dus à

« la contagion ou à l'auto-inoculation, 6 furent suivis
« d'adénite dont une suppura, soit une proportion de
« 54 % ». Rappelons que, d'après Jullien, dans les
chancres génitaux on a des complications lymphatiques dans 57 % des cas. Dans les chancres céphaliques, le pourcentage est donc sensiblement plus faible. Houy l'explique par la vascularisation plus intense et la température plus élevée de la cavité buccale moins favorable au développement du bacille de Ducrey. Cette dernière explication paraît peu plausible. En effet, les chancres de la bouche et de la langue se compliquent dans la moitié des cas. Nous nous arrêterions plutôt aux explications suivantes : A la tête les causes adjuvantes qui facilitent la propagation infectieuse aux lymphatiques et aux ganglions, ulcérations, frottements, sont moins fréquentes. Enfin les infections secondaires doivent être plus rares que dans la région génitale, où la rainure préputiale, les replis formés par les cuisses, le scrotum et la verge forment, surtout chez les sujets peu soigneux, plus fréquemment atteints, un milieu puissamment infecté.

Une inoculation positive du pus du bubon a été faite dans les conditions expérimentales les plus rigoureuses (pus prélevé par ponction avant l'ouverture du bubon).

L'examen des localisations ganglionnaires nous donne les résultats suivants :

Ganglions sous-maxillaires....	10 cas
Ganglions parotidiens.....	2 cas
Ganglions cervicaux.....	1 cas

Aucune de ces localisations n'offre d'anomalie

anatomique notable. Pour un chancre des lèvres on a une adénite parotidienne, mais l'ulcération siégeait à la commissure.

L'évolution de ces adénites n'a été enregistrée que dans très peu de cas. Dans l'observation d'Emery-Sabouraud, l'évolution a été très rapide puisque le ramollissement a paru 5 à 6 jours après le chancre. Certaines se sont prolongées très longtemps. Dans le cas de Gaucher et Druelle, elle a disparu au bout d'un mois. Elle persistait 75 jours après l'apparition du chancre dans l'observation de Jeanselme. Peut-être dans ces cas, observait-on une ancienne adénite à évolution chronique, réveillée par la nouvelle infection et qui, le chancre guéri, reprenait son allure torpide.

CHAPITRE V

COMPLICATIONS LYMPHATIQUES CONSÉCUTIVES A DES CHANCRES SIMPLES DU TRONC ET DES MEMBRES INFÉRIEURS

Tronc. — Nous n'avons pu relever, tant dans les thèses antérieures que dans les revues de Maladies Vénériennes, que six cas de chancres mous du tronc. Ce sont les suivants :

LXXIV	PUCHE	<i>Union Médicale, 1853.</i>	Chancres du frein, du gland, du prépuce, chancre de l'épaule gauche, <i>pas de réaction ganglionnaire notée.</i>	Inoculation positive à la cuisse, qui donne adénite inguinale suppurée
LXXV	POSPELOW	<i>Thèse Chatin, obs. 38.</i>	Chancres des petites lèvres, de l'urèthre, de la fourchette, du mamelon droit, <i>pas de réaction ganglionnaire notée.</i>	Inoculation négative

LXXVI	ISATSCHIK	<i>Thèse Chatin, obs. 35.</i>	Chancre du gland, chancre de la partie inférieure de la moitié gauche du thorax, <i>pas de réaction ganglionnaire notée.</i>	Inoculation et recherche du bacille positives
LXXVII	SOREL	<i>Annales de Dermatologie 1897.</i>	Chancre du fourreau, deux chancres au niveau et à droite de la symphyse pubienne, <i>pas de réaction lymphatique notée.</i>	
LXXVIII	DELMAS	<i>Montpellier Médical. 1912</i>	Chancres préputiaux, couronne de chancres à l'ombilic, <i>pas de réaction ganglionnaire notée.</i>	
LXXIX	VEDEL	<i>id.</i>	Chancre du prépuce, chancre sus-pubien, <i>pas de réaction lymphatique.</i>	

En aucun cas, on n'a constaté de réaction lymphatique : ni lymphite, ni bubon. Etiologiquement, cette absence peut s'expliquer semble-t-il, par le manque d'irritation externe ; frottements, tiraillements causant des hémorragies, et peut-être par la fréquence moindre qu'aux organes génitaux ou à la main, d'infections secondaires surajoutées.

Membres inférieurs. — Si nous laissons de côté les chancres mous de la partie supérieure de la cuisse, que nous pouvons considérer comme périgénitaux,

nous ne trouvons que six cas de chancres des membres inférieurs :

LXXX	A. FOURNIER et LÉPER	<i>Annales de Dermatologie 1894.</i>	Chancres mous du pré- puce, chancre mou pha- gédénique du mollet droit, <i>pas de réaction lymphatique notée.</i>	Recherche du bacille négative
LXXXI	SOREL	<i>Archives Médicales de Toulouse, 1896.</i>	Chancre de la malléole externe droite, <i>pas de réaction lymphatique notée.</i>	Inoculation et recherche du bacille positives
LXXXII	CHATIN	<i>Thèse de Paris, 1900, obs. 43.</i>	Chancres mous du pré- puce, chancre à la par- tie externe du mollet droit, <i>adénite légère.</i>	
LXXXIII	E. FOURNIER	<i>Thèse Chatin</i>	Chancres multiples de la verge, des cuisses, des jambes (gale), <i>pas de réaction lymphatique notée.</i>	id
LXXXIV	VEDEL	<i>Montpellier Médical. 1912</i>	Chancres de la verge, du mollet et du genou droit, <i>pas de réaction lymphatique.</i>	Trois inoculations positives
LXXXV	id.	<i>id.</i>	Quatre chancres de la verge, chancre du mol- let droit, <i>pas de réac- tion lymphatique.</i>	

Comme au tronc, nous n'avons pas ici de réaction lymphatique notable. Dans un seul cas, on indique : adénite légère. La chose est d'autant plus surprenante que dans cinq cas sur six il y a primitivement un

chancre génital. D'autre part, un léger degré d'adénite inguinale est d'observation à peu près constante chez beaucoup de sujets.

Toute explication étiologique serait ici insuffisante, car les causes généralement invoquées pour expliquer la production du bubon (fatigue, tiraillements, infections secondaires) ne manquaient pas ici, où on a un cas de phagédénisme et un cas d'inoculation secondaire à des ulcérations de grattage causé par la gale.

CHAPITRE VI

COMPLICATIONS LYMPHATIQUES CONSÉCUTIVES A DES CHANCRES D'INOCULATION EXPÉRIMENTALE

Les progrès de la bactériologie ont restreint dans une très large mesure l'emploi de l'inoculation. Aussi, ce chapitre n'aurait-il presque qu'un intérêt historique si des complications lymphatiques très nettes et, nous l'avons vu précédemment, assez rares, ne les avaient suivies. Aussi avons-nous cru devoir leur consacrer ces quelques lignes.

L'inoculation, pratiquée d'abord par Hunter, consacrée comme moyen de diagnostic par Ricord, fut pratiquée du vivant de ce dernier et après lui par un grand nombre de médecins. Dans un but de diagnostic, exceptionnellement de traitement, plus souvent de démonstrations scientifiques, Diday et Rollet à Lyon, Melchior Robert à Marseille, Bassereau à Paris, l'employèrent avec abondance, parfois avec courage.

A côté d'eux, l'on en usa à profusion et certains, comme Lindmann, se transformèrent en terrain de cultures. Les points du corps les plus divers furent employés. La cuisse, le bras, le thorax, la face, le scapulum ont eu leurs adeptes.

Ces inoculations, souvent utiles, parfois indispensables, ne vont pas sans quelques inconvénients. Comme le chancre simple initial, le chancre d'inoculation peut se compliquer de phagédénisme (cas de Diday opérant sur lui-même), de lymphangite, de bubon. Nous avons signalé plus haut, dans un cas de Puche (observ. 74), une inoculation à la cuisse qui fut suivie de bubon inguinal suppuré. Ces complications sont naturellement très rares si le malade est surveillé de près et la cautérisation abortive pratiquée à temps. Cependant, des spécialistes extrêmement avertis, comme Fournier, confessent que « la cautérisation « destructive peut échouer. Je l'ai vu échouer, non « pas seulement entre mes mains, mais entre des « mains plus expérimentées ».

Que penser, alors, des résultats obtenus par ceux qui ne cautérisent pas et qui laissent évoluer le chancre ?

Clerc préfère « abandonner l'inoculation à elle-même « et la laisser marcher ».

Le Fort, qui avait remarqué le peu de développement pris par le chancre au-dessus de l'ombilic, le laisse également se développer.

Aussi, parlant des accidents de l'inoculation, Fournier écrit : « Il en existe de terribles exemples dans la « science. *J'ai vu plusieurs inoculations de chancre*

« simple déterminer des bubons axillaires qu'il
« *fallut ouvrir* ». Et il conclut : « J'avoue que j'ai peur
« de l'inoculation et ce qui m'en a donné peur, c'est
« une série de cas désastreux que j'ai eu l'occasion
« d'observer ».

Ce qui précède explique assez bien qu'assez nombreuses, sans doute, les complications lymphatiques des chancres d'inoculation aient été rarement publiées.

Nous publions *in extenso* le cas classique de Huebbenet. Nous le faisons suivre de quelques cas où le chancre d'inoculation s'est accompagné de réactions lymphatiques notables, quoique moins graves.

OBSERVATION LXXXVI

HUEBBENET. — *Union Médicale*, 1858.

K. B..., soldat, 34 ans. Lymphatique, entre à l'hôpital pour des végétations du prépuce qui sont traitées et guéries en trois semaines. Pas de syphilis. Le 22 décembre 1857, inoculation sous l'arcade zygomatique, près de la commissure labiale gauche, avec le pus d'un chancre simple dont le diagnostic avait été vérifié par une autre inoculation. Inoculation positive. Le 1^{er} janvier 1858, on a un ulcère à fond lardacé, sans induration. *Le 3 janvier, adénite parotidienne qui suppure et est ouverte au bistouri. donnant lieu à un vrai chancre ganglionnaire.*

Traitement. — Cautérisation au nitrate d'argent, pansement à l'infusion de camomille. Le chancre est cicatrisé le 22, le bubon le 29 janvier..

Il semble bien découler de cette observation que le sujet inoculé n'était pas porteur du chancre initial. Le diagnostic, d'ailleurs, était déjà précisé. Enfin, aucune tentative de cautérisation abortive n'est mentionnée.

La véhémence indignée du Professeur Fournier trouve ici une parfaite justification.

LXXXVII	BASSEREAU	<i>In Thèse Buzenet, reproduite dans Eudlitz (obs. X et XII).</i>	Chancre par inoculation de la face chez un homme et une femme. Chez l'homme, ganglions peu douloureux, chez la femme, ganglions sous-maxillaires très douloureux, pas de suppuration.	Ces quatre premières observations correspondent à la méthode de confrontation innovée par Bassereau
LXXXVIII	id.	<i>id. (obs. VIII et IX).</i>	id.	
LXXXIX	id.	<i>id. (obs. XII).</i>	Chancre par inoculation de la face, ganglions sous-mentonniers et sous-maxillaires légèrement tuméfiés et douloureux.	
XC	NARDAUD DES ISLETS	<i>Thèse Paris, 1858, dans Eudlitz (XVII)</i>	Chancre sous-mentonnier et du flanc droit par inoculation. Engorgement sous-maxillaire du côté gauche, douloureux, peau rouge.	
XCI	id.	<i>id. (obs. XIII).</i>	Chancre sous-mentonnier et du flanc droit par inoculation, ganglion sous-maxillaire persistant a augmenté de volume et est devenu douloureux.	
XCH	id.	<i>id. (obs. XIX).</i>	Chancre sous-mentonnier et du flanc droit par inoculation. Engorgement sous-maxillaire, qui disparaît en trois jours.	

XCHH	NARDAUD DES ISLETS	<i>Thèse Paris, 1858, dans Eudlitz (obs. XXIII).</i>	Chancre sous-mentonnier et du flanc droit par inoculation. <i>Engorgement sous-maxillaire des deux côtés.</i>	
XCIV	VEDEL	<i>Montpellier Médical. 1912</i>	Chancre du thorax par inoculation. <i>Légère réaction ganglionnaire à l'aisselle.</i> (Le chancre initial était au mollet. C'est l'observation 85).	C'est le seul cas de réaction lymphatique après un chancre du tronc

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Parmi les éléments de diagnostic d'une ulcération, les caractères cliniques de la réaction lymphatique ont une importance primordiale. La question a un intérêt tout particulier pour les chancres indurés extragénitaux, qui ne sont point rares.

Nous avons exposé précédemment les caractères du bubon chancrelleux. Fort différente, l'adénite syphilitique se distingue en ce qu'elle est polyganglionnaire, dure, indolore et sans réaction inflammatoire. En théorie, des différences aussi tranchées devraient rendre le diagnostic immédiat. En pratique, la question ne va pas sans quelques difficultés.

Elle ne se pose point pour les chancres du tronc et

du membre inférieur. L'absence constante de réaction lymphatique dans les chancres mous résoud la difficulté. Voyons ce qu'il en est dans les autres localisations. •

1° *Chancres du membre supérieur.* — Les chancres mous sont en infime minorité. Le diagnostic ne peut être fait sur les caractères propres de l'ulcération. Le chancre mou peut simuler une ulcération banale, une tourniole. Greffé sur une brûlure, un écrasement du doigt, il se présente avec des aspects inattendus. Que dit la réaction lymphatique ? S'il n'y en a point ou si le bubon va jusqu'à la suppuration, et ceci représente les 2/3 des cas de chancre simple, la plaie sera un chancre mou. Mais si, comme dans le 1/3 des cas, il n'y a qu'une hypertrophie légère, sans réaction inflammatoire nette et sans douleur, le diagnostic demeure incertain. Il devient même impossible dans certains cas exceptionnels, dont parle Fournier, où, avec un chancre syphilitique, « en raison de complications « inflammatoires ou d'infections secondaires, le bubon « s'enflamme et prend une forme aigüe ou subaigüe. « Presque invariablement, une médication appropriée « a bien vite raison de ce molimen phlegmasique. Toutefois on l'a vu, paraît-il, en certains cas très exceptionnnels, aboutir à la suppuration ». On a même noté des trainées lymphangitiques avec coloration rosée de la peau. En ce cas, la recherche du bacille de Ducrey et l'inoculation peuvent seules faire le diagnostic.

2° *Chancres céphaliques.* — La question se complique, dans tous les cas du moins où l'on a une

réaction lymphatique. Ce qui n'était qu'infime rareté dans le chancre du membre supérieur, devient ici seulement exceptionnel.

S'agit-il de chancre infectant de l'amygdale ? « Le « bubon, dit Fournier, se présente avec une pointe de « réaction phlegmasique, sous forme de ganglions, « volumineusement empâtés, moins sèchement durs « que de coutume, paraissant enveloppés d'une atmos- « phère de tissu cellulaire fluxionné, sensibles spon- « tanément et douloureux au toucher ».

Le chancre du nez, le chancre buccal, eux aussi ont quelquefois une « adénopathie sub-phlegmasique, « sensible, douloureuse, empâtée ».

Quant au bubon du chancre labial, c'est certainement, dit Fournier, celui qui comporte le plus d'exceptions à la « loi d'aphlegmasie ». On a une pointe inflammatoire. Ricord a signalé dans ce cas une monoadénite aigüe rappelant la physionomie de l'adéno-phlegmon. Parfois le bubon va jusqu'à la suppuration. Fournier en a vu 2 cas à l'hôpital et le Docteur Eudlitz en rapporte une troisième observation due au Docteur Hutchinson. Si nous rappelons que toute l'histoire du chancre mou céphalique n'a que 2 bubons suppurés, que sur 37 cas on a eu 11 fois qu'une hypertrophie ganglionnaire plus ou moins marquée, avec ou sans douleur, on comprendra combien peu le diagnostic peut se baser sur les réactions lymphatiques. Aussi, croyons-nous que dans bien des cas, seuls les procédés expérimentaux donneront la solution du problème.

CONCLUSIONS

I° La fréquence et la gravité des complications lymphatiques des chancres mous du membre supérieur, sont sensiblement les mêmes que pour les chancres simples génitaux. Les ganglions atteints ne correspondent pas à la distribution anatomique des lymphatiques.

II° Les complications sont moins fréquentes et moins graves pour les chancres mous céphaliques.

III° Les chancres simples du tronc et des membres inférieurs ne s'accompagnent pas de réactions lymphatiques.

IV° Les complications lymphatiques des chancres

mous extragénitaux, par leurs caractères très particuliers (absence fréquente, monoadénite, tendance à la suppuration) gardent une valeur diagnostique considérable pour distinguer le chancre simple du chancre infectant.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
NICOLAS

Vu :

POUR LE DOYEN, L'ASSESEUR,
J. LÉPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 3 Juin 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Giornale italiano delle Malattie Veneree et delle Pelle, 1904, 1910, 1914.

AUGAGNEUR et CARLE. — Précis des Maladies vénériennes.

BASSEREAU. — Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis.

BALZER. — Article « Chancre mou » dans *Traité de Médecine* de Brouardel et Gilbert.

CHATIN. — Thèse de Paris (1900) : Les chancres simples extragénitaux.

DU CASTEL. — Chancres génitaux et extragénitaux.

DU CASTEL. — Chancre simple, évolution, variétés (*Union médicale, 1890*).

CRIVELLI. — *Archives générales de Médecine, 1886.*

DIDAY. — La Pratique des Maladies vénériennes.

EUDLITZ. — Chancre simple céphalique (*Archives générales de Médecine, 1897*).

A. FOURNIER. — Les chancres extragénitaux.

- A. FOURNIER. — Chancre céphalique (*Union Médicale*, 1858).
- A. FOURNIER. — Articles « Chancre mou », « Bubon » et « Inoculation » dans *Dictionnaire Encyclopédique* de Jaccoud.
- A. FOURNIER. — Articles de *La Semaine Médicale* (1893).
- GROLEAU. — Thèse de Paris (1895-96) : Les particularités du chancre mou des doigts.
- HOUY. — Thèse de Paris (1910) : Etudes sur les chancres mous de la bouche et des lèvres.
- HUEBBENET. — Chancre céphalique (*Union Médicale*, 1858).
- HUNTER. — Traité des Maladies vénériennes.
- JEANSELME. — Contribution à l'étude du chancre mou céphalique (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1893).
- JEANSELME. — Article « Chancre simple » dans *Manuel de Médecine* de Delove et Achard.
- JULLIEN. — Traité pratique des Maladies vénériennes.
- LESSER. — Traité des Affections vénériennes.
- NOVÉ-JOSSERAND. — *Province Médicale*, 1891.
- RICORD. — Traité pratique des Maladies vénériennes.
- RICORD. — Leçons sur le chancre (Recueillies par A. Fournier).
- RICORD. — Traité complet des Maladies vénériennes.
- ROLLET. — Articles « Chancre mou », « Bubon » et « Bouche » dans *Dictionnaire Encyclopédique* de Dechambre.
- ROLLET. — Traité des Maladies vénériennes.
- TIRARD. — *Gazette des Hôpitaux*, 1872.
- VEDEL. — *Montpellier Médical*, 1912.

